



Chikungunya       Endocardite bacteriana       Hepatites       Lúpus       Zika

Outra(s)      **5.4.1.1. Se outra(s) hipótese(s), qual(is)?** \_\_\_\_\_

**5.5. Qual a data do último atendimento no estabelecimento de saúde?** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### BLOCO V – DADOS DE SINAIS E SINTOMAS

**6. Foram identificados sinais e sintomas no atendimento?**  Sim  Não  Ignorado

**6.1. Quais sinais e sintomas identificados no atendimento?**

Anasarca       Dor abdominal       Icterícia       Taquidispneia

Anemia       Edema localizado       Inapetência       Tosse

Astenia       Esplenomegalia       Náusea       Vômito

Aumento do volume abdominal       Febre       Palidez       Outro(s)

Desnutrição       Hepatomegalia       Perda de peso

Diarreia       Hipotensão       Taquicardia

**6.1.1. Se outro(s) sinal(is) e sintoma(s), qual(is)?** \_\_\_\_\_

#### BLOCO VI – DADOS DO HISTÓRICO CLÍNICO

**7. Foram identificadas comorbidade(s) e/ou condição(ões) imunossupressora(s)?**  Sim  Não  Ignorado

**7.1. Qual(is) comorbidade(s) e/ou condição(ões) imunossupressora(s) identificada(s)?**

Cardiopatia       Etilismo       Neoplasia hepática

Diabetes       HIV/AIDS       Tuberculose

Doença renal crônica       Hipertensão       Transplante

**7.1.1. Se transplante, qual?** \_\_\_\_\_  Outra comorbidade

**7.1.2. Se outra comorbidade, qual?** \_\_\_\_\_  Outra condição imunossupressora

**7.1.3. Se outra condição imunossupressora, qual?** \_\_\_\_\_

#### BLOCO VII – DADOS DO DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO

**8. Teve o diagnóstico da LV na unidade de saúde?**  Sim  Não  Ignorado

**8.1. Se teve o diagnóstico de LV na unidade de saúde, qual a data?** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**8.2. Qual o critério de confirmação?**  Clínico-laboratorial  Clínico-epidemiológico

**8.2.1. Se critério de confirmação clínico-laboratorial, qual o teste diagnóstico realizado e o seu resultado?**

Teste diagnóstico	Resultados do teste			
Teste rápido (imunológico)	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Não realizado
Molecular (PCR)	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Não detectável	<input type="checkbox"/> Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Não realizado
Parasitológico direto	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo		<input type="checkbox"/> Não realizado

**8.2.2. Outro método diagnóstico:**  Sim  Não  Ignorado

**8.2.2.1. Se outro método, qual?** \_\_\_\_\_

#### BLOCO VIII – DADOS DO TRATAMENTO

**9. Recebeu tratamento para LV no estabelecimento de saúde?**  Sim  Não  Ignorado

**9.1. Se recebeu tratamento para LV, qual a data do início?** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**9.2. Qual o medicamento utilizado?**

Antimoniato de Meglumina       Anfotericina B Lipossomal       Anfotericina B Desoxicolato       Pentamidina

Isetionato de Pentamidina       Outro      **9.2.1. Se outro, qual?** \_\_\_\_\_

**9.3. Peso (Kg):** \_\_\_\_\_ **9.4. Dose prescrita em mg/kg/dia:** \_\_\_\_\_

**9.5. Via de administração:**  Intravenosa  Intramuscular      **9.6. Dias de tratamento realizados:** \_\_\_\_\_

**9.7. Precisou interromper o tratamento?**  Sim  Não  Ignorado

**9.7.1. Se precisou interromper o tratamento, qual a data da interrupção?** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**9.8. Recebeu segundo tratamento para a LV?**  Sim  Não  Ignorado

**9.8.1. Se recebeu segundo tratamento, qual a data do início?** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**9.8.2. Qual o medicamento utilizado?**

Antimoniato de Meglumina       Anfotericina B Lipossomal       Anfotericina B Desoxicolato       Pentamidina

Isetionato de Pentamidina       Outro      **9.8.2.1. Se outro, qual?** \_\_\_\_\_

9.8.3. Peso (Kg): \_\_\_\_\_ 9.8.4. Dose prescrita em mg/kg/dia: \_\_\_\_\_

9.8.5. Via de administração: [ ] Intravenosa [ ] Intramuscular 9.8.6. Dias de tratamento realizados: \_\_\_\_\_

9.8.7. Precisou interromper o tratamento? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

9.8.7.1. Se precisou interromper o tratamento, qual a data da interrupção? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### BLOCO IX – DADOS DE COMPLICAÇÕES DEVIDO AO TRATAMENTO

10. Desenvolveu alguma complicação após o início do tratamento? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

10.1. Se desenvolveu alguma complicação após o início do tratamento, qual(is)?

- |                       |                                         |                                |                  |
|-----------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|------------------|
| [ ] Anasarca          | [ ] Hiperamilasemia                     | [ ] Insuficiência cardíaca     | [ ] Petéquias    |
| [ ] Arritmia cardíaca | [ ] Hipercalemia                        | [ ] Infecção do trato urinário | [ ] Pneumonia    |
| [ ] Artralgia         | [ ] Hiperglicemia                       | [ ] Insuficiência hepática     | [ ] Purpura      |
| [ ] Diarreia          | [ ] Hipocalemia                         | [ ] Insuficiência renal        | [ ] Rash cutâneo |
| [ ] Dispneia          | [ ] Hipoglicemia                        | [ ] Lombalgia                  | [ ] Sepse        |
| [ ] Edema localizado  | [ ] Icterícia                           | [ ] Mialgia                    | [ ] Sufusão      |
| [ ] Equimose          | [ ] Infecção das vias aéreas superiores | [ ] Pancreatite                | [ ] Outro(s)     |
| [ ] Flebite           | [ ] Infecção de pele                    | [ ] Púrpura                    |                  |

10.1.1. Se outro(s), qual(is)? \_\_\_\_\_

10.2. Precisou ser encaminhado para internação? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

#### BLOCO X – DADOS DE EXAMES LABORATORIAIS INESPECÍFICOS

11. Realizou algum tipo de exame de sangue? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

11.1. Se realizou algum tipo de exame de sangue, quais os resultados?

Exame/Data/Valor	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
<b>Hematológicos</b>			
Hemácias			
Hemoglobina			
Hematócrito			
Leucócitos totais			
Bastonetes			
Neutrófilos			
Eosinófilos			
Basófilos			
Linfócitos			
Monócitos			
Plaquetas			
Tempo de atividade da protrombina			
Tempo de tromboplastina parcial ativada			
<b>Bioquímicos</b>			
Albumina			
Globulina			
AST/TGO			
ALT/TGP			
Bilirrubina direta			
Bilirrubina indireta			
Bilirrubina total			
Fosfatase alcalina			
Gama GT			
Proteínas totais			

